

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 136

ESSAI

SUR LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

à début brusque, simulant L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH SOTTY

Né à Châlon-sur-Saône, le 25 Juillet 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 136

ESSAI

SUR LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

à début brusque, simulant L'APPENDICITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 mai 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH SOTTY

Né à Châlon-sur-Saône, le 25 Juillet 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. Waltener

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président ; M. ROLLET, Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance filiale

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Maurice POLLOSSON

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOTEL-DIEU

En terminant nos études médicales, nous sommes heureux de remercier du fond du cœur tous ceux, maîtres, parents, amis, dont l'affection et le dévouement ne nous ont jamais fait défaut.

Nous adressons un souvenir respectueux à nos maîtres de l'Ecole de Dijon, particulièrement à MM. les D^{rs} Deroye, E. Morlot, Broussolle, pour leur bienveillance et les excellentes leçons de clinique qu'ils nous ont données. M. le D^r Pauffard a droit à toute notre gratitude pour son dévouement à notre égard.

A nos maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph en particulier à MM. les D^{rs} Goullioud et Rafin, nous envoyons aussi un souvenir de respect et de reconnaissance; ils nous ont inculqué les premières notions de chirurgie lors de notre externat et, depuis, nous avons toujours reçu d'eux les meilleurs conseils et le plus bienveillant accueil.

M. le professeur Maurice Pollosson nous a fait un

grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse ; nous lui adressons nos respectueux remerciements.

Notre excellent maître, M. le professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien de la Charité nous a donné l'idée de cette thèse ; il a bien voulu nous guider dans le plan de notre travail et nous communiquer une observation de son service. Nous gardons le meilleur souvenir de son enseignement clinique et lui adressons l'expression sincère de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions aussi nos maîtres des Hôpitaux de Lyon, surtout M. le Dr Lyonnet, qui nous a toujours reçu avec sa bonté passée en proverbe, et son amabilité bien connue de tous les étudiants. Nous sommes également reconnaissant à M. le professeur agrégé Paviot, médecin des Hôpitaux qui a bien voulu nous fournir certains documents relatifs à notre travail et dont nous avons apprécié plus d'une fois la grande bienveillance au cours de nos études.

Que M. le Dr Deblangey, de Montchanin-les-Mines, veuille bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance : nous n'oublierons jamais sa bonté et son dévouement pour nous.

Merci à M. le Dr Jacqueau de son affectueux intérêt à notre égard ; si son enseignement clinique nous a été très utile, son amitié nous a été bien plus précieuse encore, et nous conserverons un agréable souvenir des bons moments passés auprès de lui.

M. le Dr Championnière a bien voulu nous faire l'honneur de nous communiquer plusieurs observa-

tions ayant trait à notre travail : qu'il nous soit permis de lui exprimer ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur agrégé Siraud, MM. les Drs Villard, Tixier chirurgiens des Hôpitaux, et Vignard, auxquels nous devons plusieurs de nos observations. M. Arloing, interne des Hôpitaux, s'est mis à notre disposition avec une bonne grâce parfaite pour nous donner des renseignements sur une malade de son service ; qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de toute notre sympathie.

Nos amis Carrez et Violet, interne des Hôpitaux de Lyon, Allamagny, interne de l'Hôpital de Saint-Etienne, nous ont communiqué plusieurs observations et documents relatifs à notre sujet : nous les en remercions bien sincèrement et conserverons d'eux le meilleur souvenir.

INTRODUCTION

A côté des formes communes de péritonite tuberculeuse que l'on rencontre journellement dans la pratique, il en est d'autres qui, par l'allure brusque de leur début, ou par la localisation des lésions, voire même par l'une et l'autre à la fois, sont beaucoup plus difficiles à reconnaître et deviennent très fréquemment l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Pour n'être pas communes, ces formes ne sont cependant pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire; aussi leur étude ne laisse pas que de présenter un réel intérêt pratique.

Nous laisserons de côté les cas, très rares du reste, où la péritonite tuberculeuse peut simuler le cancer miliaire aigu du péritoine, et ceux plus fréquents où cette affection, par son mode de début et l'allure de ses symptômes, peut en imposer pour une fièvre typhoïde; cette étude a été traitée par M. Guillemare dans sa thèse inaugurale (Paris, 1898), et au mois

de juillet 1899, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, M. Moizard a tout spécialement étudié cette question, et fixé les principaux éléments du diagnostic.

Nous n'aurons en vue que les cas où la tuberculose péritonéale présente tous les symptômes d'une appendicite aiguë ou suraiguë, cas que nous pourrions schématiser en ces quelques lignes.

Un sujet, jusque-là en bonne santé apparente, ressent tout à coup une douleur vive dans la fosse iliaque droite, localisée au niveau ou tout près du point de Mac-Burney, et présente, en peu de temps, un ensemble de phénomènes péritonéaux plus ou moins graves. Dans l'histoire du malade, il n'est pas question d'amaigrissement notable ni d'élévations thermiques régulières ayant précédé de quelques mois ou de quelques semaines le début actuel de l'affection; on ne trouve rien aux poumons.

En l'absence de signes bacillaires pouvant le mettre sur la voie du diagnostic, en présence des signes nets de péritonite aiguë, de la douleur à début brusque et localisée en un point spécial, le praticien fait souvent, sans arrière-pensée, le diagnostic d'appendicite : la laparotomie ou l'évolution ultérieure de la maladie font reconnaître l'erreur commise, et montrent qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse, à début brusque, avec ou sans lésions spécifiques de l'appendice.

Tel est le cadre restreint où nous voulons rester cantonné, laissant de côté les cas où la péritonite tuberculeuse est bien localisée dans la fosse iliaque

droite, et peut sans doute reproduire certains symptômes de l'appendicite, mais où le mode de début, l'aspect général du sujet, l'état des poumons à l'auscultation ne pourront laisser de doutes, ou tout au moins seront autant de sérieuses présomptions en faveur de la tuberculose.

Notre but sera de montrer, par l'énumération des observations que nous avons pu recueillir, que cette forme de péritonite tuberculeuse est moins rare qu'on pourrait le croire, puisque nous avons pu en réunir 19 cas.

Après une étude clinique et anatomo-pathologique de cette affection, nous en analyserons les symptômes pour voir s'il existe des signes permettant de distinguer cette pseudo-appendicite de l'appendicite vraie, et essaierons d'en tirer les conclusions utiles à connaître au double point de vue du pronostic et du traitement.

HISTORIQUE

Depuis l'époque où Bichat, au commencement du XIX^e siècle, fit de la péritonite chronique une entité morbide bien définie, opinion appuyée ensuite par les travaux de Bayle et de Laënnec, plusieurs auteurs, Louis et Andral, Grisolle, Empis sont arrivés à préciser et à prouver la nature tuberculeuse de cette affection. Depuis lors, cette maladie a été étudiée à divers points de vue, si bien qu'aujourd'hui, d'une façon générale, la péritonite tuberculeuse est une des affections les plus connues du cadre nosologique. Pendant longtemps toutefois, il n'a pas été question de la forme qui nous occupe, et ce n'est que récemment que divers auteurs ont étudié les rapports entre l'appendicite et certains cas de tuberculose péritonéale.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 avril 1898,

M. Benoît, faisant une étude sur la tuberculose iléo-cœcale chronique, signale, à côté de la forme néoplasique, une forme appendicite dont le diagnostic est difficile lorsque la tuberculose a revêtu dès le début cet unique aspect : « Le ventre, dit cet auteur, est météorisé ; dans la fosse iliaque droite siège un empâtement diffus ; les douleurs sont vives. Pour peu qu'il y ait de la fièvre, chez les jeunes sujets, on songe à une attaque d'appendicite, d'autant que le point douloureux de Mac-Burney accompagne d'ordinaire toutes les inflammations de siège iléo-cœcal. Il est fort délicat de se prononcer en ces circonstances, et, si l'examen du malade, au point de vue des antécédents tuberculeux est négatif, le plus sage est d'attendre que les phénomènes aigus se soient apaisés ».

Comme on le voit, cette étude a surtout trait à certains cas de tuberculose intestinale, mais il n'est pas question de l'infection péritonéale proprement dite.

Dans la séance de la Société de Chirurgie du 15 juin 1898, M. Lejars appelle l'attention de ses collègues sur certaines formes spéciales aiguës de péritonite tuberculeuse nécessitant des interventions d'urgence, et nous y trouvons rapportées plusieurs observations où la péritonite tuberculeuse a simulé une appendicite.

Dans sa thèse (*Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë*, Paris 1898), M. Guillemare fait une part assez large à la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite, et, après en avoir analysé les diffé-

rents symptômes, conclut : « Nous nous croyons donc autorisés à dire qu'il existe certaines formes de péritonite tuberculeuse aiguë où le diagnostic est impossible avec nos moyens ordinaires. La laparotomie exploratrice seule permet de le faire, c'est aussi le meilleur mode de traitement ».

La question se trouve de nouveau posée aux séances du 23 et du 30 novembre de la Société de Chirurgie et donne lieu à une discussion intéressante à laquelle prennent part MM. Broca, Quénu et Brun ; nous en reparlerons au cours de notre travail et en publions plus loin les observations.

Dans un travail paru dans le *Bulletin Médical* 1899 (Diagnostic et indications thérapeutiques des appendicites et de leurs complications fistuleuses cutanées, M. Mauclaire signale le fait de péritonites tuberculeuses simulant l'appendicite. « J'ai observé, dit-il, plusieurs exemples de cette tuberculose péritonéale à début brusque et appendiculaire. Chez ces malades, les fistules persistent, le plastron augmente d'étendue, le ventre se ballonne, etc... Le diagnostic s'impose bien vite. Chez les sujets prédisposés, méfiez-vous de cette variété... J'en ai encore observé un exemple récemment chez une jeune fille de la campagne, bien portante en apparence, et qui m'avait été adressée à la Charité par M. Oulmont, avec des réserves au point de vue de la tuberculose, étant donné l'évolution insidieuse de l'affection. Ce fut la persistance de la température après l'ouverture du foyer et l'augmentation du gâteau iliaque, la

persistance de la fistule, qui nous firent poser le diagnostic. »

Dans le *Journal des Praticiens* (7 août 1899), M. Moizard écrit un très intéressant article, et traite très nettement la question. « Je voudrais, dit-il, montrer aujourd'hui que la péritonite tuberculeuse, qui, dans l'esprit de tous, est une maladie à évolution lente, progressive, peut, dans certains cas très rares débiter brusquement, à grand fracas, et que, si les lésions siègent ou prédominent dans la fosse iliaque droite, elle peut simuler à s'y méprendre l'appendicite. »

Enfin, tout récemment, M. Chofardet (Thèse de Paris, 3 novembre 1900), prenait comme sujet *la péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite*, thèse inspirée surtout d'après les discussions de la Société de Chirurgie et l'article de M. Moizard mentionnés plus haut. L'auteur étudie les différentes formes de tuberculose péritonéale, dans les cas où l'on aurait pu croire à l'appendicite ou à la fièvre typhoïde, et, comme il le dit lui-même, c'est surtout à l'étude des différentes formes cliniques de la péritonite tuberculeuse qu'a trait ce travail. Néanmoins, malgré son titre, cette thèse est plutôt une étude d'ensemble des différentes formes, aiguës ou chroniques, de la péritonite tuberculeuse, et la forme d'appendicite n'y est qu'incomplètement traitée.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I

Hôpital Grec"s" Charalambos, de Smyrne. — Dr PSALTOFF. — 
(*Gazette des Hôpitaux*, 1898, page 986).

Dans la nuit du 15 juin, deux de mes confrères m'avaient envoyé, à l'hôpital, un jeune homme de 18 ans, qui, au dire de son père, n'avait jamais été malade, et qui appartenait à une famille saine et robuste. Il avait été saisi soudainement, il y avait à peine 48 heures, d'une forte douleur à la fosse iliaque droite avec vomissements.

Son état général était très mauvais ; les extrémités froides ; le pouls fréquent et filiforme n'était perçu qu'avec beaucoup de difficulté. Langue sèche, fièvre 39°, 5, ventre peu ballonné et presque insensible à la pression. Pas d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Comme les vomissements continuaient et que, depuis quarante-huit heures, il n'y avait pas eu de selles, et que l'état général empirait, nous conclûmes au diagnostic d'occlusion

intestinale, et nous procédâmes, de bon matin, à la laparotomie, en présence de nos collègues de l'hôpital.

Le ventre à peine ouvert, nous constatâmes que le péritoine, la masse intestinale et l'épiploon étaient couverts en abondance de granulations tuberculeuses. Le ventre ne contenait pas de liquide.

Nous nous bornâmes à un simple lavage de la cavité abdominale, avec une solution d'acide borique à 3 0/0, et nous refermâmes le ventre.

Pendant tout le temps de l'opération, on injecta au malade du sérum artificiel en abondance (1. 200 gr.)

Le soir, la température avait baissé à 38°,5; Les vomissements avaient cessé; le pouls devenait un peu meilleur, et dans la nuit, il y eut une évacuation.

Le lendemain, l'amélioration devenait plus sensible, température 36°, 8; pulsations 120; pas de vomissements.

Les jours suivants, l'état du malade progressait sensiblement. Le pouls devenait normal; les fonctions digestives furent complètement rétablies; le dixième jour, il put se lever et, quelque temps après, il quitta l'hôpital guéri.

OBSERVATION II

(Observation inédite, communiquée par M. VIOLET,
interne des Hôpitaux).

APPENDICITE A RÉPÉTITION. — LAPAROTOMIE. — GRANULATIONS SUR LE PÉRITOINE ET SUR L'APPENDICE.

X..., 22 ans, sœur, entre Salle Saint-Paul, n° 44, pour des coliques dans tout le ventre, à début brusque, plus marquées à droite dans la fosse iliaque. En même temps vomissements et constipation.

Cet état remonte à trois jours; température 38°,2; le pouls est bon, rapide; la respiration n'est pas très accélérée. L'état

général est bon. La malade a uriné. Depuis le début de la crise elle n'a vomi que quatre fois. Les douleurs surviennent avec des caractères paroxystiques; le ventre est un peu ballonné, résistant partout. La douleur au point de Mac-Burney, est très nette et présente là son point maximum.

Interrogée au point de vue de ses antécédents, la malade raconte qu'elle a pris précédemment 4 crises analogues ayant duré de 5 à 6 heures à plusieurs jours. Ces crises se manifestaient par des douleurs dans tout le ventre, des vomissements et de la constipation. Aucun antécédent, tant pulmonaire que pleurétique.

Se basant sur ces anciennes crises et sur les symptômes observés actuellement, M. Jaboulay porte le diagnostic d'appendicite. La température étant élevée, le faciès et l'état général bons, la résistance dans le fosse iliaque n'étant pas marquée au point de simuler un plastron, on se décide à attendre, en plaçant de la glace sur le ventre.

L'amélioration consécutive n'est pas de longue durée, et même est douteuse; les coliques persistent malgré la glace à l'extérieur, malgré le repos et le régime lacté. La nuit du surlendemain est mauvaise. Les douleurs ont réapparu plus vives, les vomissements sont survenus à deux reprises. L'intervention est décidée.

Incision latérale le long du bord externe du muscle droit. Le péritoine apparaît couvert de belles granulations, ces granulations existent tant sur le péritoine pariétal que sur le péritoine viscéral. On découvre quand même l'appendice pour voir s'il est sain ou si au contraire il présente des lésions expliquant les phénomènes appendiculaires qui nous ont fait commettre une erreur de diagnostic. Cet appendice est facilement trouvé, il est volumineux, peut-être un peu turgescent, en tout cas parfaitement libre, et présente des granulations volumineuses, plus bourgeonnantes peut-être qu'ailleurs. M. Jaboulay croit cette intervention suffisante et pense qu'il est inutile d'enlever l'appendice. Suites opératoires simples.

Au 8^e jour, on enlève les fils, la plaie abdominale est parfaitement cicatrisée par première intention.

Toutefois, pendant les 15 jours que la malade est encore restée à l'hôpital, elle a traîné, les coliques ont persisté, elle a souffert.

fert dans les jambes et l'appétit n'a réapparu qu'à vers les 2 ou 3 derniers jours.

OBSERVATIONS III, IV et V.

(Résumées)

Dues à M. le Dr CHAMPIONNIÈRE (communication personnelle.).

Lorsque la tuberculose péritonéale se confond comme symptômes avec l'appendicite, c'est généralement qu'elle est plus ou moins localisée du côté du cæcum et de l'appendice.

J'ai vu deux fois des sujets chez lesquels il y avait eu des crises douloureuses avec constipation opiniâtre, plutôt même obstruction intestinale, empatement dans la fosse iliaque droite. Dans les deux cas plusieurs médecins avaient fait des diagnostics fermes d'appendicite. J'ai opéré en faisant des réserves sur l'exactitude du diagnostic, mais en estimant que la laparatomie s'imposait.

Dans un cas j'ai trouvé de la tuberculose péritonéale occupant surtout le côté droit de l'abdomen, les environs du cæcum, et comprenant une masse importante d'épiploon. J'ai réséqué une partie de cette masse et détruit des brides comprimant l'intestin. Je n'ai pas touché à l'appendice qui devait être enfoui au fond d'une masse compacte, ce qui m'aurait amené à produire des désordres considérables.

Le sujet a bien guéri de son opération. Les accidents d'obstruction ont disparu et son état général s'est beaucoup amélioré.

Quelques mois plus tard j'ai eu l'occasion de le revoir : la masse de la fosse iliaque qui avait paru diminuer d'abord s'était accrue ; les douleurs étaient revenues et son état général était très mauvais. Il avait manifestement de la tuberculose pulmonaire, la tumeur augmenta encore, puis il se fit une fistule au niveau de sa cicatrice, fistule purulente par

laquelle il passait peut-être quelques matières fécales, mais peu abondantes. Je refusai de lui faire une nouvelle opération. Je sais que depuis il est mort de tuberculose pulmonaire.

Dans le second cas, la tumeur de la fosse iliaque était moins marquée et les symptômes (vomissements et douleurs localisées) étaient plus nettement appendiculaires. Il s'agissait d'un norvégien très roux, dont l'aspect plutôt que la santé faisait soupçonner une prédisposition à la tuberculose. Là encore je trouvai un épiploon tuberculeux, de l'ascite en petite quantité, une masse péri-cœcale inextricable. Je dégageai et réséquai plusieurs brides. Le sujet guérit bien et se déclara très soulagé. Je n'avais pu non plus trouver l'appendicite. Un an plus tard le sujet avait de nouveau des douleurs, mais il avait en outre des symptômes pulmonaires tellement accusés que je refusai toute nouvelle intervention. Je ne sais ce qu'il est devenu depuis.

J'en ai bien un troisième que j'ai opéré pour accidents d'appendicite. A l'opération j'ai trouvé des brides lardacées enveloppant tout le cœcum. Je coupai une de ces brides qui enserrait le colon immédiatement au-dessus du cœcum. C'était évidemment la cause immédiate de l'obstruction intestinale dont les symptômes avaient suivi les symptômes douloureux d'appendicite. Le malade guérit très bien, fit une véritable résurrection. Les parties enlevées n'ont pas permis de retrouver histologiquement de tubercules. J'ai revu le sujet six mois plus tard. Il n'avait plus eu de phénomènes appendiculaires, mais il avait beaucoup maigri et je ne puis m'empêcher de penser que ce troisième cas est bien, lui aussi, un cas de tuberculose péritonéale simulant l'appendicite.

OBSERVATION VI

(M. QUÉNU, *Soc. de Chirurgie*, séance du 23 novembre 1896)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE A DÉBUT SIMULANT L'APPENDICITE.

Les premiers symptômes de la péritonite simulèrent une attaque d'appendicite aiguë. La malade était une fillette d'une douzaine d'années, délicate, très nerveuse, et placée dans un pensionnat de religieuses, à Paris. Elle fut prise un beau jour, subitement, sans aucun prodrome, d'une douleur vive dans le ventre, avec prédominance manifeste dans la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, suppression de l'émission des gaz, vomissements, élévation modérée du thermomètre, fréquence du pouls.

Le médecin ordinaire pensa à une attaque d'appendicite et appela en consultation le professeur Hutinel. Celui-ci n'émit aucun doute sur le diagnostic et conseilla en présence de la sévérité des accidents, une intervention chirurgicale.

A mon tour, j'examinai la jeune malade, et portai le même diagnostic d'appendicite aiguë. Je fis de suite (c'était un vendredi soir), l'incision classique en dehors du bord externe du muscle droit ; le péritoine ouvert, il s'écoula du liquide clair ; j'allai, vers le cœcum et l'appendice, et fus surpris de ne trouver aucune tuméfaction iliaque ; d'autre part, la surface séreuse était criblée de petites granulations miliaires grises, presque transparentes, extrêmement petites ; je refermai complètement le ventre sans drainage. Immédiatement les douleurs abdominales s'apaisèrent, les vomissements disparurent, la température baissa, et dès le lendemain des gaz furent expulsés par l'anus.

Le lendemain samedi, la situation était très satisfaisante ; le dimanche matin, même sédation dans les symptômes abdomi-

naux, mais apparition d'une céphalalgie tenace et reprise de la fièvre. M. Hutinel, appelé le lundi matin, reconnut des accidents de congestion méningée, vraisemblablement dus à une poussée tuberculeuse, et l'enfant succomba dans la journée.

OBSERVATION VII

(M. BRUN, *Société de Chirurgie*, 23 novembre 1898).

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui, depuis plusieurs semaines, se trouvait dans le service du professeur Grancher, où elle était entrée pour une faiblesse générale extrême et une coloration bronzée de la peau qui avaient fait émettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison. Sans raison appréciable, elle fut prise, au mois de novembre 1897, d'une violente douleur du côté droit du ventre avec vomissements et diarrhée. Rapidement les phénomènes s'aggravèrent, et lorsqu'on me montra l'enfant le 1^{er} décembre au matin, son facies était grippé, la température était de 39°8, et le pouls était absolument impossible à sentir au niveau des radiales. La pression du ventre était douloureuse, surtout du côté droit, aussi n'hésitai-je pas à porter le diagnostic de péritonite septique généralisée, à point de départ appendiculaire, et à formuler un pronostic des plus sombres. J'intervins immédiatement, et je fis dans la fosse iliaque droite l'incision habituelle de l'appendicite. Dès que le péritoine fut ouvert je reconnus mon erreur. Péritoine pariétal et viscéral étaient couverts de granulations miliaires, mais à côté de ces lésions récentes et évidemment causes des accidents aigus, il existait des masses caséeuses disséminées, unissant l'épiploon à l'intestin, et les anses intestinales entre elles. En divers points, au milieu de ces adhérences, se trouvaient des poches ascitiques que je pus évacuer. Je lavai le ventre avec de l'eau bouillie, je touchai les masses caséeuses avec le naphtol camphré et je drainai. J'avais,

je l'avoue, peu confiance dans les résultats de mon intervention. Contrairement à mon attente et grâce peut-être aux injections de sérum qui furent largement utilisées, je trouvai le lendemain mon opérée moins malade que la veille. Le poulx, bien que filiforme, pouvait être senti et compté, il n'y avait plus eu de vomissements, la figure était meilleure. Dans les jours qui suivirent, l'amélioration continua et cinq mois après son opération, ma petite malade pouvait être envoyée à Berck. Je l'y ai revue récemment et tout me fait espérer que la guérison sera durable.

OBSERVATION VIII

(Inédite. — Communiquée par M. TIXIER, chirurgien des hôpitaux de Lyon).

Henriette X..., 33 ans environ, domestique, a toujours joui d'une excellente santé. Aucune affection antérieure grave. Mariée, elle est mère de deux enfants qui se portent très bien.

Ses parents vivent encore, et sont d'une très robuste constitution.

Au mois d'avril 1892, la malade est prise brusquement, en pleine santé, de douleurs abdominales intenses. Sa menstruation, toujours régulière, venait de s'arrêter brusquement, car la malade était en période cataméniale au moment du début de son affection. Vomissements immédiats intenses et répétés, météorisme rapide. Douleurs extrêmement vives surtout dans le pelvis, pas de localisation dans une des fosses iliaques, pas de température.

Immédiatement la malade est examinée, et, en raison de la coïncidence de la cessation des règles et de l'apparition des phénomènes péritonéaux, on pense à une hématocele rétro-utérine. Mais l'examen par le toucher vaginal ne donne aucune sensation nette. Le diagnostic reste en suspens. La malade est alors conduite à l'hôpital de la Croix-Rousse, où elle entre à la

salle Ste-Clotilde, dans le service de M. Josserand, elle est couchée au n° 34.

Le lendemain de son entrée, les phénomènes généraux sont les mêmes : abattement extrême, facies franchement péritonéal, vomissements incessants, absence de selles et de gaz. La température s'élève rapidement à 39° au minimum.

Il y a des signes de péritonite généralisée : sensibilité extrême de tout l'abdomen, distension des anses intestinales. Rien de précis à l'examen local, ni au niveau de l'appendice, ni au niveau des organes génitaux. Expectation, glace sur le ventre, morphine, diète absolue.

Les jours suivants, l'état alla constamment en empirant, et, 3 ou 4 jours après l'entrée de la malade, on discuta une intervention chirurgicale, alors qu'aucun diagnostic étiologique de cette péritonite n'était formulé. La malade est conduite dans le service de M. Gangolphe, mais l'état général est tellement mauvais, le pouls tellement petit et rapide, et les chances à faire courir à la malade sont si minimes que le chirurgien n'ose pas tenter une incision du ventre.

On continue le traitement par la glace, le champagne et l'opium ; pendant 15 jours au moins l'état reste extrêmement grave, le météorisme de l'abdomen est énorme, et les signes de péritonite sont aussi aigus. La température oscille toujours autour de 39 à 40°.

Il y eut bientôt, du côté des poumons, des signes d'abord de congestion pulmonaire, puis de broncho-pneumonie à noyaux multiples ; cette broncho-pneumonie évolua d'une façon hâtarde ; pas d'hémoptysies, pas de signes de ramollissement.

Cet état resta stationnaire pendant près d'un mois, puis, peu à peu, les phénomènes péritonéaux s'amendèrent, et il ne persista que les signes pulmonaires qui, eux aussi, allèrent rapidement en décroissant d'intensité. La malade put peu à peu s'alimenter, et l'amaigrissement qui était extrême se modifia avantageusement. Mais la convalescence fut très longue et c'est seulement au bout de deux mois que l'on put être assuré de la guérison de la malade.

Au moment où la malade quitta l'hôpital, on ne constatait, dans l'abdomen, aucun signe d'induration localisée, ni par le palper hypogastrique, ni par le toucher vaginal. La malade

partit chez elle à la campagne. Il fut donné à M. Tixier d'être au courant des incidents de sa convalescence; pendant 8 à 9 mois, persistance de quelques douleurs abdominales, vagues sensations de tiraillement, constipation; pas de menstruation, mais l'état général redevint peu à peu florissant, la malade engraisa énormément, elle prenait de l'huile de foie de morue. Puis, tout à coup apparut, sur l'avant-bras gauche, une sorte d'ulcération chronique qui s'étendit peu à peu en larges plaques séparées par des espaces de peau saine, et c'est, ennuyée par cette affection cutanée, que la malade revint se faire examiner par M. Tixier à l'Hôtel-Dieu, en 1894.

Du côté de l'abdomen on ne constata aucune lésion, mais, au niveau de l'avant-bras, il fut facile de reconnaître l'existence d'une tuberculose ulcéro-gommeuse, avec quelques gomme suppurées. Sous anesthésie, M. Tixier pratiqua une curetage énergique des ulcérations, et une ouverture large des gomme ramollies. Cautérisation au fer rouge, énucléation rapide et limitation de la tuberculose à quelques petites régions de l'avant-bras; celle-ci n'est pas encore complètement éteinte, mais l'état général est excellent, la femme ne souffre plus du ventre et sa menstruation est régulière. Son mari étant mort dans les mois qui suivirent son séjour à l'hôpital, elle s'est remariée depuis deux ou trois ans.

OBSERVATION IX

(Inédite. — Communiquée par M. ALLAMAGNY, interne à l'Hôpital de Saint-Etienne).

T. . . , Antoine, entré à l'hôpital de Saint-Etienne, dans le service de M. le Dr Martel, le 29 décembre 1900.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni personnels: Aucun stigmate de tuberculose.

Le début de l'affection actuelle remonte à quelques jours

seulement et s'est fait brusquement par des vomissements survenus en même temps qu'une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

A son entrée dans le service, le malade présente les symptômes très nets d'une péritonite généralisée : le facies est grippé, le pouls petit à 120; la température dépasse 39°.

L'abdomen est météorisé, partout douloureux au moindre contact mais surtout du côté droit.

Les vomissements sont fréquents et porracés, la constipation est opiniâtre.

L'origine appendiculaire de ces accidents ne paraît guère douteuse, étant donné leur début brusque en pleine santé apparente et le siège maximum des sensations douloureuses.

Le traitement médical produit d'abord une amélioration : diminution de la douleur et des vomissements, abaissement de la température à 38°.

Mais il survient à ce moment une diarrhée abondante qui persiste malgré l'opium et le bismuth, et bientôt l'état général redevient aussi mauvais qu'au début : la température s'élève de nouveau à 39° et plus, la dyspnée est vive, aucun signe à l'auscultation des poumons, le pouls est petit et rapide.

Seule la douleur demeure atténuée et ne se révèle qu'en certains points à la palpation de l'abdomen : ces points sont d'abord variables avec le moment de l'examen. Après trois semaines de cet état le malade succombe.

22 janvier 1901: A l'autopsie pratiquée 24 heures après la mort, on trouve l'appendice absolument normal : il n'y a à son niveau aucune trace d'inflammation ancienne ou récente.

En revanche, on constate, dès l'ouverture de l'abdomen, une couche assez épaisse de matière caséuse tapissant une grande partie du péritoine. Cette couche enlevée par le raclage, le péritoine apparaît à certains endroits comme criblé de granulations miliaires.

Les anses intestinales sont libres et la cavité abdominale ne renferme qu'une petite quantité de liquide louche, de coloration un peu hématique.

L'examen des autres viscères ne révèle que de la congestion banale. Pas de lésions tuberculeuses aux poumons ni d'épanchement pleural.

Il s'agit donc, en somme, (et on peut soutenir cette affirmation même en l'absence d'inoculations justificatives), d'une poussée aiguë survenue au cours d'une tuberculose péritonéale jusqu'alors latente, poussée qui a simulé, au début du moins, l'évolution d'une appendicite franche.

OBSERVATION X

(M. ROUTIER. — *Soc. de Chirurgie*, 15 juin 1898.)

J'étais appelé, le 3 juin, par mon collègue Guinon, pour voir à Necker une femme de son service, entrée à la crèche pour des phénomènes d'embarras gastrique qui auraient débuté le 10 mai.

Le 30 mai, à l'hôpital, elle fut prise de douleurs abdominales avec vomissements d'abord bilieux, puis bientôt noirâtres, en même temps qu'elle avait une diarrhée abondante et fétide.

Le 1^{er} juin, la douleur se fixait dans la fosse iliaque, et, malgré la médication, les accidents augmentaient, de telle sorte que je fus mandé auprès d'elle le 3, pour des accidents très menaçants.

Le poulx était petit et fréquent : 120 ; la température : 38 ; le facies grippé, anxieux ; le ventre était très ballonné, beaucoup plus douloureux à droite ; la malade signalait elle-même, comme point maximum de sa douleur, le point de Mac-Burney.

La palpation permettait seulement de se rendre compte de cette douleur et du plan musculaire très tendu, très résistant à droite.

L'utérus était très mobile, indolent, rien aux annexes ; cependant, sur le côté droit du petit bassin, je sentais une tumeur dure, allongée, immobile.

Pas de gaz, vomissements fécaloïdes à pleines cuvettes.

J'acceptai et confirmai le diagnostic d'appendicite, et por-

tant un pronostic très grave, aggravé par cette diarrhée fétide, je proposai néanmoins l'intervention.

Laparotomie latérale le 3 juin. Écoulement d'une assez grande quantité de sérosité louche, ce que nous comparons au bouillon sale; le petit bassin en est plein.

L'appendice libre n'est pas malade, le cœcum est libre, mais l'épiploon chargé de tubercules est réséqué, la trompe très rouge a ses franges, et présente un semis de granulations; l'ovaire est sain.

La face externe du colon ascendant est comme infiltrée de matière jaune.

Sur la face externe du petit bassin, le péritoine rouge et épaissi recouvrait deux tumeurs allongées, qui étaient des ganglions situés à la bifurcation de l'iliaque.

J'épongeai et lavai la cavité qui n'était nullement protégée par des fausses membranes; deux drains furent placés avec deux mèches.

Les vomissements furent de suite arrêtés; l'intestin reprit ses fonctions.

Le 13 juin, la malade allait très bien, nous avons retiré les drains et les mèches.

Elle est aujourd'hui en très bon état.

C'est donc un cas d'occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse aiguë, ayant simulé une appendicite; l'intervention l'a sauvée, car, jusque-là, tous les symptômes allaient s'aggravant, et il n'en aurait pas fallu beaucoup pour amener une terminaison mortelle.

OBSERVATION XI

(M. LEJARS. — *Société de Chirurgie*, 15 juin 1898.)

Femme 40 ans, entrée en mars 1896, dans le service de M. Dalché, à l'hôpital Beaujon, pour des accidents péritonéaux graves, paraissant d'origine appendiculaire.

Vue par M. Lejars, le 27 mars, la malade très pâle, les traits tirés, se présentait alors sous un aspect général des plus inquiétants. L'affection avait débuté brusquement quatre ou cinq jours auparavant par des douleurs et des vomissements, et il était impossible de rien retrouver de notable dans l'histoire antérieure de la malade, au moins telle qu'elle la racontait. Les vomissements avaient continué : ils étaient fréquents, verdâtres, sinon nettement porracés ; la constipation était opiniâtre, sans qu'il y eût d'arrêt stercoral proprement dit ; de fait, les émissions gazeuses persistaient et les lavements ramenaient quelques matières durcies.

Quand M. Lejars vit la malade, elle paraissait en pleine péritonite ; le ventre était très ballonné, douloureux sur toute sa surface, mais surtout dans la fosse iliaque droite, où la palpation, que cette douleur rendait du reste fort malaisée, décelait une sorte de masse profonde, mal dessinée, mais dont la consistance paraissait trancher avec la tension des régions limitrophes. La langue était sèche, le pouls à 128, petit, la température à 38° 5, le faciès très mauvais.

Le diagnostic d'appendicite, compliquée de péritonite généralisée, sembla s'imposer et le pronostic fut des plus réservés. Toutefois une intervention était urgente. Elle fut pratiquée quelques heures plus tard, dans l'après-midi.

Sous l'éther, la masse que l'on sentait dans la fosse iliaque droite ne devint pas plus nette, mais on y retrouva une tension plus grande, et peut-être une vague fluctuation ; en somme, la sensation était celle que l'on a souvent lors de l'appendicite sans foyer circonscrit.

M. Lejars fit l'incision iliaque ordinaire ; les différentes couches de la paroi se montrèrent avec leur aspect normal ; le péritoine incisé, il ne s'écoula aucune espèce de liquide, et le chirurgien arriva tout de suite sur le cœcum et l'appendice. Ce dernier était recouvert et entouré d'une série de granulations miliaires qui firent penser immédiatement à la tuberculose. Sur le cœcum, amené au dehors, M. Lejars constata le même semis granuleux, et l'épiploon, attiré à son tour, en était lui-même couvert. Le diagnostic de granulie péritonéale parut dès lors évident, et on se contenta d'exciser un petit fragment d'épiploon pour l'examen microscopique.

On s'attendait à voir succomber la malade, et c'était sans grand espoir qu'on lui fit d'abondantes injections sous-cutanées de sérum artificiel. Pourtant, le lendemain, la situation était plutôt meilleure : elle n'avait que très peu vomì, la température restait à 38°, le pouls était meilleur.

Cette atténuation des accidents se poursuivait et s'accroissait les jours suivants ; l'appétit reparut, les douleurs cessèrent en grande partie, le faciès redevint presque bon. La plaie iliaque s'était réunie sans incident.

Dans le mois qui suivit, quelques poussées nouvelles se reproduisirent, se traduisant par une ascension thermique et quelques vomissements. Puis, le calme se fit et, au bout de trois mois, l'amélioration était assez notable pour [que la malade pût quitter l'hôpital.

OBSERVATION XII

(De M. BRUN, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades, publiée par M. Guillemare, *in* Thèse Paris, 1898.)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE AIGUE PRÉSENTANT TOUS LES SYMPTÔMES D'UNE APPENDICITE. — LAPAROTOMIE. — ÉTAT GÉNÉRAL BON 4 MOIS APRÈS L'OPÉRATION.

La nommée D..., Marie, âgée de 13 ans, entrée, le 9 août 1897, salle Parot, aux Enfants-Malades.

L'enfant se plaint de douleurs dans le bas ventre, qui apparaissent par crises et disparaissent sans laisser d'endolorissement et sans s'accompagner d'envies d'aller à la selle, ni de nausées.

En outre, douleurs de tête, sensation de fatigue prononcée.

Depuis deux mois environ, l'enfant ne peut plus courir et doit se reposer fréquemment à la moindre fatigue.

Respiration un peu obscure, sans souffle, ni égophonie. Rien au cœur, ni au foie.

Du 9 août au 30 septembre, la fièvre oscille entre 37°5 et 38°5 le soir.

28 septembre. — Diarrhée, vomissements alimentaires avec 38°8 de température ; douleurs dans le bas-ventre ; celui-ci est souple à la palpation.

1^{er} octobre. — Amélioration de l'état général, la température est et reste normale. Dans la nuit du 29 au 30 novembre, vomissements verts porracés avec diarrhée ; pas de fièvre.

30 novembre. — Les vomissements persistent. Faciès péritonéal, yeux excavés, pouls petit. Ventre douloureux, ballonné. Point très douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Matité à ce niveau. Le soir, à la contre-visite, le pouls est petit, filiforme, à peine comptable, 160 pulsations, visage très altéré. Extrémités cyanosées. Rétention d'urine, vessie globuleuse. Température : 38°7.

1^{er} décembre. — C'est dans cet état que la malade est passée salle Bilgrain où on décide une intervention chirurgicale, en pensant à une appendicite.

Incision dans la fosse iliaque droite. Ouverture du péritoine, écoulement d'une petite quantité de liquide clair, transparent.

La cavité péritonéale est libre de toute adhérence, mais le péritoine pariétal et le péritoine viscéral apparaissent parsemés d'une grande quantité de granulations tuberculeuses, les plus grosses ayant le volume d'une lentille. Pas de fausses membranes. Sous le doigt, introduit dans la cavité péritonéale, on peut sentir des granulations dans toutes les directions et aussi loin que le doigt peut atteindre.

L'appendice n'est pas recherché.

Drainage de la cavité. Un drain est dirigé vers le petit bassin, un autre est dirigé obliquement en haut et en dedans. Pansement stérilisé sans suture de la paroi.

Le jour de l'opération, injection d'un litre de sérum.

Même quantité le lendemain.

600 grammes les 3 et 5 décembre.

La température s'abaisse progressivement, les douleurs abdominales disparaissent, le pouls devient normal. Améliora-

tion sensible de l'état général. Les pansements stérilisés sont renouvelés tous les deux jours.

20 décembre. — Les drains sont enlevés ; on continue les pansements à plat.

La cicatrisation est rapide.

La malade peut se lever à dater du 8 janvier. L'état général est bon, l'appétit est redevenu normal. La malade, vue le 20 avril, est dans état très satisfaisant ; depuis le 20 décembre, elle a eu deux petites crises calmées très vite par l'application de glace sur le ventre. L'enfant est très gaie et l'appétit excellent.

OBSERVATIONS XIII et XIV

(Résumées.)

(M. BROCA. — *Soc. de Chirurgie*, 30 novembre 1898.)

Au cours de la discussion sur la péritonite tuberculeuse, M. Broca cite les faits suivants : « J'ai souvenir d'avoir commis, une fois, sans réserves, l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite. Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, chez laquelle avaient débuté des accidents péritonéaux brusques, avec masse empâtée et douloureuse un peu à droite de l'ombilic. Il y avait bien un passé de coliques, de troubles intestinaux mal caractérisés ; il y avait bien des antécédents héréditaires de tuberculose, mais, en présence de l'état local, je conclus à l'appendicite et, quelques jours après, la fièvre persistant, je fis la laparotomie ; je tombai sur un foyer d'adhérences plus que suspectes, et je m'en tins là. L'enfant ne fut pas améliorée et, après quelques semaines, elle succomba après avoir eu tardivement une fistule stercorale. Un cobaye inoculé devint tuberculeux.

« Chez une autre enfant que m'a fait opérer, à Trousseau, mon

ami Netter, nous discutâmes longuement entre les deux diagnostics et nous restâmes dans le doute. L'incision démontra une péritonite bacillaire avec adhérences, et l'enfant mourut en trois mois environ. »

OBSERVATION XV

(Inédite.)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE ANCIENNE, A POUSSÉE SURAIGUE RÉCENTE, AYANT SIMULÉ UNE APPENDICITE AIGUE. — LAPAROTOMIE. — MORT. — AUTOPSIE.

Femme R..., 30 ans, journalière.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, toujours bonne santé habituelle; quatre enfants bien portants; pas de signes de tuberculose ancienne.

Depuis 6 mois, aux dires de la malade, chaque fois qu'elle était exposée à un refroidissement, apparition de troubles intestinaux consistant en diarrhée très abondante; cette diarrhée n'avait pas de caractères spéciaux, ne contenait ni sang, ni fausses membranes, et ne s'accompagnait pas de phénomènes généraux inquiétants.

2 février 1901. — La malade étant au premier jour de ses règles a pris froid, ses règles se sont arrêtées; à ce moment, elle ressent des douleurs vagues dans l'abdomen, sans localisation spéciale.

4 février. — Début soudain de l'épisode aigu: fièvre, céphalée, courbature; pas de vomissements, mais diarrhée assez abondante, séreuse et profuse; ténésme. Toutefois la douleur abdominale n'est pas très vive, de sorte que la malade ne reste pas constamment au lit; mais l'anorexie devient

absolue, en même temps que le ventre se ballonne et devient très douloureux.

La malade est examinée, en ville, par un médecin qui, en raison de la gravité des phénomènes généraux, la fait entrer à l'hôpital St-Pothin ; elle occupe le lit n° 3 de la salle Ste-Marthe.

12 février. — A l'entrée, langue sèche, rôtie ; température : 39°. La malade présente tous les symptômes d'une péritonite aiguë généralisée : faciès grippé, torpeur, pouls petit et filiforme, vomissements porracés, verdâtres, suivant l'ingestion des liquides, diarrhée jaune, peu abondante ; pas de refroidissement des extrémités.

A l'examen : ventre tendu, ballonné, douloureux, les anses intestinales se dessinent sous la peau, mais ne sont pas le siège de mouvements vermiculaires. Au niveau de la fosse iliaque droite, légère diminution de la sonorité, sensation d'empâtement en dos d'âne, descendant assez bas vers l'arcade crurale, et remontant jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque. On sent nettement un plastron résistant, qui semble s'étendre, sur un bon travers de main, vers la région ombilicale. La pression à ce niveau est très douloureuse, avec persistance de la douleur au point de Mac-Burney. On constate un très léger œdème de la paroi. Dans tout le reste de l'abdomen, la palpation est impuissante à révéler aucune masse analogue et ne s'accompagne d'aucune douleur.

Pas d'ascite ; le flot n'a pas été recherché par la palpation bi-manuelle. Pas d'œdème des jambes.

Le toucher vaginal ne permet pas de sentir l'empâtement, ni dans le cul-de-sac postérieur, ni dans le cul-de-sac latéral droit ; le col est normal.

Toucher rectal négatif.

Cœur bien frappé, rapide ; pouls : 125.

L'examen des poumons est difficilement pratiqué, la malade ayant une respiration superficielle qui immobilise son diaphragme ; cependant il ne semble pas y avoir de lésion importante de cet organe.

En présence de ces symptômes péritonéaux graves, à début récent, en présence de la température, de l'empâtement de la fosse iliaque droite et de la douleur plus accusée, provoquée

par l'examen à ce niveau, on pose le diagnostic de phénomènes péritonéaux d'origine appendiculaire. On décide, séance tenante, d'intervenir.

13 février. — L'opération est pratiquée par M. le Dr Albertin. Laparotomie latérale droite : on est en présence d'un gros gâteau péritonéal ; en explorant les anses intestinales on rencontre, à leur surface, une efflorescence de petits tubercules récents ; il semble donc qu'on ait affaire à une poussée de péritonite tuberculeuse aiguë. Néanmoins, M. Albertin continue systématiquement la recherche de l'appendice ; en rompant des adhérences légères contractées par la face externe du cœcum avec la paroi interne de la fosse iliaque droite, on donne issue à une notable quantité de liquide (1 litre 1/2 environ), de teinte jaunâtre, d'aspect trouble, qui semble venir de la profondeur du petit bassin ; ce liquide n'est pas franchement du pus. L'appendice est reconnu sain ; à sa surface quelques tubercules. La laparotomie permet, en outre, d'examiner les annexes ; la trompe est volumineuse, rouge, congestionnée ; le pavillon est entrouvert, contient une légère quantité de mucus jaunâtre et d'aspect purulent. Drainage à la Mikulicz. La laparotomie a été pratiquée sans anesthésie, vu l'état général très grave de la malade.

Traitement : champagne, alcool, injection d'éther.

14 février. — Le lendemain, la température s'élève, l'état général continue à s'aggraver, le faciès péritonéal est de plus en plus accentué ; on continue le même traitement auquel on adjoint une injection de sérum artificiel.

Mort le soir, avec 40° de température,

Autopsie. — Ouverture de l'abdomen. — Gâteau péritonéal épiploïque énorme, s'étendant sur toute la moitié droite et supérieure du tablier des épiploons ; cette masse a un aspect lardacé ; on ne constate que quelques traces de dégénérescence caséuse.

Agglutination des anses intestinales ; fausses membranes puriformes, tapissant le petit bassin ; on voit plusieurs ulcérations tuberculeuses caractéristiques, perpendiculaires à la direction générale de l'intestin.

On constate de nouveau les lésions observées pendant la laparotomie du côté de la trompe droite.

Rien aux autres organes, sauf quelques lésions tuberculeuses anciennes, fibreuses, au sommet du poumon.

M. Arloing, interne du service, a fait des frottis avec la coupe du gâteau péritonéal, et y a trouvé de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION XVI

(M. MOIZART, *Journal des Praticiens*, 7 août 1900.)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE A DÉBUT BRUSQUE SIMULANT L'APPENDICITE

Un jeune garçon de 10 ans est pris brusquement, au retour d'une promenade, de douleur dans la fosse iliaque droite et de vomissements. Deux jours après, les vomissements n'ayant pas reparu et la fièvre se maintenant entre 38°5 et 39° je constate de la douleur à la pression, et de la défense musculaire au niveau du point de Mac-Burney. A ce niveau, la palpation me donne une résistance profonde. L'état général est excellent, le faciès non altéré, le pouls à 80. Le diagnostic d'appendicite me semble s'imposer et, comme il n'y a aucun symptôme inquiétant, j'institue le traitement par la glace, l'opium, la diète absolue et l'immobilité. La situation s'améliore rapidement, la fièvre tombe et, les jours suivants, je constate le développement progressif, dans la fosse iliaque droite, d'un empâtement qui, bientôt, donne la sensation très nette d'une petite tumeur du volume d'une grosse noix, un peu allongée. Le diagnostic semblait donc se confirmer en tous points. Pourtant, je faisais quelques réserves, ayant su que cet enfant, habituellement bien portant et appartenant à une famille indemne de toute tare tuberculeuse, avait eu,

quinze mois avant, une pleurésie qui avait assez rapidement guéri.

L'auscultation et la percussion étaient, du reste, absolument négatives, aussi bien au niveau de la plèvre antérieurement malade, qu'aux sommets des poumons et dans la région des ganglions bronchiques.

Aussi, malgré la réserve que justifiait cet antécédent, la pleurésie primitive étant, chez l'enfant comme chez l'adulte, presque toujours tuberculeuse, les symptômes étaient si nettement en faveur de l'appendicite (l'observation démontrant, du reste, qu'un tuberculeux peut être atteint d'appendicite non bacillaire), que c'est à ce diagnostic que je me fixai.

Aussi, lorsque la poussée aiguë fut définitivement enrayée, l'ablation à froid de l'appendice fut décidée. L'opération nous montra combien notre réserve était justifiée, et aurait dû être plus explicitement formulée.

Aussitôt le péritoine ouvert, en effet, il s'écoula une assez grande quantité de liquide citrin, et nous pûmes constater sur la séreuse de nombreuses granulations tuberculeuses prédominant sur la face antérieure du cœcum. L'appendice fut enlevé; il était évidemment malade, et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cœcum étant de forme et de calibre normal, l'autre, terminale, renflée en massue, rouge, présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. Il n'y avait pas d'occlusion de la cavité appendiculaire qui contenait quelques matières fécales; la muqueuse était épaissie, tomenteuse, présentant quelques ulcérations.

L'examen histologique démontra la nature tuberculeuse des lésions de l'appendice. Les coupes, faites en deux points différents, ont montré, au milieu d'un tissu de sclérose infiltré par zones de cellules rondes embryonnaires, de très nombreux follicules tuberculeux avec de nombreuses cellules géantes. Certains follicules avaient, au centre, un noyau caséeux. Par places, on trouvait des vaisseaux à parois épaissies ou même entièrement oblitérés. Sur une des coupes, la muqueuse était entièrement détruite et les follicules formaient la paroi ulcérée de la cavité appendiculaire. Sur l'autre, on trouvait quelques glandes de Lieberkühn très atrophiées.

Cet examen histologique est des plus intéressants, puisqu'il

démontre l'existence d'une appendicite tuberculeuse. Il y avait donc bien appendicite, et c'était l'appendice tuméfié et la péri-appendicite qui donnaient, certainement, cette tuméfaction constatée dans la fosse iliaque droite. Les suites de l'opération furent des plus simples, mais la cicatrisation se produisit très lentement.

OBSERVATION XVII

(Inédite, communiquée par M. SIRAUD.)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE A FORME D'APPENDICITE. LAPAROTOMIE. — AMÉLIORATION RAPIDE.

Anna B..., 12 ans 1/2, entrée à la Charité le 5 mai 1898.

Antécédents : père et mère bien portants; pas de fausses couches, un enfant mort, à 18 mois, de brûlures (chute dans une marmite de bouillon, survécut trois jours), deux enfants bien portants. Coqueluche à quatre ans; rougeole à six ans.

Assez bonne santé habituelle, anémie depuis quelque temps.

A plusieurs reprises (toutes les années, dit-elle, sauf l'année dernière), la petite malade aurait eu quelque chose d'analogue à ce qu'elle a actuellement, c'est-à-dire une douleur brusque dans le ventre, et des vomissements qui la rendent malade depuis quelques jours (une huitaine).

Il y a quinze jours, en bonne santé, brusquement, un matin, la malade ressentit une douleur dans le bas-ventre, douleur qu'elle ne localise pas bien nettement, à droite. Immédiatement après, vomissements abondants et répétés (une dizaine environ). Le lendemain, frisson durant une demi-heure et deux vomissements. Depuis, les vomissements se sont arrêtés, sauf un seul, survenu aujourd'hui; la malade a mangé des cerises, une orange.

La malade, alitée le premier jour, commence à se lever dans

la journée dès le second et, depuis, elle traîne, se plaignant d'abord d'une douleur généralisée dans le ventre (la douleur primitive est un peu atténuée), et d'un point à droite, au niveau du cœcum.

Actuellement : anémie assez intense, conjonctives décolorées ; pas de souffles au niveau des jugulaires ; souffle doux systolique à la base du cœur. On ne peut savoir si la malade est réglée ; il est probable que non.

Diarrhée verte depuis avant-hier, succédant à la constipation. Température : 39°1.

On sent, dans le bas-ventre, à droite, une tumeur qui paraît grosse comme une orange, non adhérente à la peau, mate à la percussion, assez peu douloureuse à la palpation.

6 mai. — La malade a vomi encore trois fois hier ; elle a eu deux selles diarrhéiques jaunes. Température : 38°4.

La tumeur occupe toute la hauteur du ventre, depuis l'ombilic jusqu'au pubis, et s'arrête à deux centimètres de l'épine iliaque. Elle est douloureuse.

7 mai. — On fait passer la malade en chirurgie ; l'opération est faite par M. le docteur Siraud.

Laparotomie iliaque droite. A l'ouverture du péritoine pariétal on trouve des masses dures, de consistance scléreuse, développées tout autour du fond du cœcum et de la terminaison de l'intestin grêle ; quelques-unes de ces masses adhèrent également au péritoine pariétal de la fosse iliaque droite et de la paroi abdominale antérieure ; elles masquent complètement le fond du cœcum et de l'appendice. Il est très difficile de les déchirer avec le doigt, et quelques-unes forment des noyaux dont la coque est dure et le ventre, ramolli, a l'aspect d'une masse puriforme. En raison de l'impossibilité qu'on éprouve à isoler le fond du cœcum, et dans la crainte d'amener des perforations et des déchirures des parois intestinales, on ne pousse pas plus loin la recherche de l'appendice qui n'a pu être isolé dans toutes ces tentatives. On referme partiellement l'ouverture abdominale, en drainant avec une mèche de gaze.

Les suites opératoires furent simples.

En somme, il s'agissait très nettement de pelvi-péritonite tuberculeuse développée autour du cœcum et de l'appendice.

L'examen d'un des fragments, fait par M. Siraud, a démontré la présence de nodules tuberculeux, en voie de caséification.

30 mai. — Cicatrisation complète, la fièvre est tombée.

Rapidement, après l'opération, la tuméfaction de la fosse iliaque a beaucoup diminué. L'état général est bon.

OBSERVATION XVIII

(Inédite, communiquée par M. le Dr VIGNARD)

GRANULIE A PRÉDOMINANCE DE SYMPTÔMES PÉRITONÉAUX AYANT ÉVOLUÉ EN TROIS MOIS AVEC, AU DÉBUT, DES PHÉNOMÈNES POUVANT FAIRE PENSER A DE L'APPENDICITE. — LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — MORT UN MOIS ET DEMI APRÈS.

Mme X..., 25 ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires; mère morte peut-être de cancer stomacal, père vivant et bien portant. Une sœur en bonne santé. Réglée à l'âge de 12 ans régulièrement; n'a jamais fait de maladies graves, mais souffre depuis l'âge de 15 ans d'une constipation telle que presque jamais les selles ne sont spontanées; usage fréquent de purgatifs et de lavements.

Au commencement de janvier 1901, et à la suite d'une constipation qui dura 15 jours, la malade fut prise de coliques violentes avec diarrhée et vomissements, en même temps que la température s'élevait à 39°.

La diarrhée persista pendant 8 jours, assez abondante, et ne céda que par l'application d'opium à l'intérieur; mais les vomissements ou tout au moins les nausées persistèrent.

En même temps, le ventre se ballonnait et devenait uniformément douloureux, sans que la palpation pût dénoter rien de précis.

La température restait élevée, et oscillait entre 38° et 39° 5.

L'état ne changea pas jusqu'à la fin de janvier 1901. A cette époque, la malade vue par le Dr Villard, se présentait avec les symptômes suivants :

L'état général paraissait assez bien conservé, malgré une diète assez rigoureuse depuis un mois.

Les yeux étaient brillants, les pommettes colorées. Ce qui frappait de prime abord, c'était le volume du ventre, extrêmement ballonné, sonore dans toute son étendue, sauf dans la fosse iliaque gauche où une percussion attentive décelait une légère matité, non déplaçable.

La palpation était partout douloureuse, mais plus particulièrement dans la région hépatique et dans cette même fosse iliaque gauche où le moindre attouchement était très sensible. A ce niveau, il semblait que la paroi fût plus soulevée, plus tendue, et l'aspect général du ventre météorisé paraissait un peu asymétrique. Toutefois, il était impossible de délimiter une tuméfaction ou une collection nette. Pas d'ascite apparente. La diarrhée avait cessé, remplacée par une constipation opiniâtre. Toutefois, les émissions gazeuses se faisaient encore. Les vomissements, signalés au début et qui avaient diminué au moment de la cessation de la diarrhée, avaient repris à la fin de janvier; ils se produisaient assez régulièrement tous les jours, deux ou trois fois, et paraissaient nettement bileux; ils étaient très abondants.

Le toucher vaginal ne put être pratiqué, mais le toucher rectal décelait un empâtement douloureux du cul-de-sac de Douglas, surtout marqué à gauche.

La température oscillait sans rémission, depuis 8 jours, entre 39° et 40°.

L'examen des poumons, du foie, de la rate, restait négatif.

Au cœur, quelques intermittences.

Le pouls oscillait entre 108 et 120.

En présence de ces symptômes, le diagnostic était hésitant entre deux affections :

1° *Un processus péritonéal tuberculeux* qui avait en sa faveur : la période de diarrhée du début, la conservation relative de l'état général après un mois, les oscillations thermiques, la diffusion à tout le ventre des phénomènes douloureux et du

ballonnement, les points de côté multiples qu'avait présentés la malade à son début.

2° *Une collection suppurée, peut-être d'origine appendiculaire*, à laquelle faisaient penser :

La constipation habituelle de la malade, quelques crises douloureuses qu'un interrogatoire minutieux avait relevées dans son passé.

La présence de cette tuméfaction limitée au côté gauche de l'abdomen avec empâtement du cul-de-sac postérieur.

Une laparotomie fut décidée et pratiquée à gauche, le 8 février. Elle donna issue à trois litres environ d'un liquide citrin, et on aperçut, sur le péritoine et l'intestin, un semis de granulations blanches qui ne laissèrent plus aucun doute sur la nature bacillaire de l'infection.

La poche paraissant limitée, on ne pratiqua pas d'incision médiane. La plaie fut suturée.

L'état général sembla s'améliorer et les vomissements disparurent en même temps que la température baissait pendant les huit jours qui suivirent. Mais, vers le 20 février, les symptômes s'aggravèrent de nouveau : le ventre se ballonna considérablement, les vomissements réapparurent abondants et nombreux, des phénomènes de cystite se montrèrent, bien qu'on n'eût jamais sondé la malade, et la mort survint le 19 mars. La température ne s'est pas abaissée au-dessous de 39°.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

OBSERVATION XIX.

(Inédite.)

PÉRITONITE TUBERCULEUSE A DÉBUT BRUSQUE ET A FORME SUP-PURÉE. — ÉVOLUTION AVEC DES SYMPTOMES AYANT FAIT PENSER A UNE APPENDICITE. — DEUX INTERVENTIONS. — MORT.

B..., Clotilde, âgée de 8 ans, entrée, le 8 novembre 1897, à la Charité, dans le service de M. Nové-Josserand.

Frère mort de broncho-pneumonie diphtéritique; elle-même tousse fréquemment, est sujette aux rhumes, aux bronchites.

17 novembre. — Début brusque : l'enfant est prise subitement de vomissements verdâtres, douleurs dans le bas-ventre allant en augmentant.

18 novembre. — La malade entre dans le service.

A l'entrée, température : 38°,2, pouls : 130. La respiration est assez libre : le diaphragme est mobile. La constipation est opiniâtre depuis la veille, 17 novembre.

A la palpation, douleur assez vive dans la fosse iliaque droite; on constate, outre ce météorisme, une zone d'empâtement très nette au niveau du cœcum et de l'appendice; la pression à ce niveau est douloureuse; pas de signe de péritonite généralisée.

19 novembre. — Pouls : 130; urines de douze heures : 150 grammes. Respiration assez libre. Température : 38°. La région est toujours douloureuse et empâtée. La constipation dure toujours. La malade vomit le matin un liquide bilieux à la suite d'ingestion de lait; régurgitations fréquentes; les vomissements reparaissent fréquents; la constipation se prolonge.

Traitement : vessie de glace, lait glacé, champagne.

20 novembre. — Urines de 24 heures : 200 grammes ; pouls petit : 135 à 140 ; température : 38°. Langue sèche. On sent nettement une tuméfaction dans la région précitée.

21 novembre. — Les vomissements sont beaucoup moins nombreux : deux dans la journée. Selle légère. Température le soir, 37°8. Pouls : 120. Langue moins sèche. On sent toujours un empâtement diffus de la fosse iliaque droite.

22 novembre. — Pouls : 120 ; deux ou trois vomissements dans la nuit ; ventre moins ballonné ; la constipation se prolonge ; Température, 37°8 ; bonne langue. L'empâtement s'est étendu à gauche et occupe maintenant presque toute la région sous-ombilicale jusqu'au pubis.

23 novembre. — Température : 37.8. Selles constituées par quelques scyballes. Pouls : 12°.

24 novembre. — Température : 37°8. L'empâtement a presque disparu à gauche et s'est étendu à droite. On continue le traitement consistant en applications de vessies glacées, boissons glacées, lait. Les jours suivants, l'empâtement s'est réduit de plus en plus.

27 novembre. — Température du matin 38°. La malade est prise de coliques violentes ; les vomissements reparaissent brusquement, fréquents et biliaires. Défécation de glaires. Développement rapide d'un nouvel empâtement qui occupe surtout la région sus-pubienne et s'étend à gauche.

28 novembre. — La malade a eu encore quelques coliques ; elle continue encore à faire des glaires. La tuméfaction, sensible au palper, a notablement augmenté ; elle occupe, maintenant, toute la région hypogastrique, mais reste plus saillante à gauche. On a, à ce niveau, une fluctuation très nette. Au toucher rectal, on sent une grosse masse qui communique nettement avec la tuméfaction antérieure.

M. Nové-Josserand fait le diagnostic d'appendicite aiguë et décide l'intervention. Laparatomie médiane sous-ombilicale, le péritoine ouvert, l'incision conduit dans la grande cavité péritonéale que l'on explore avec le doigt. On sent immédiatement au-dessous des adhérences limitant une collection.

On ferme alors le péritoine pariétal avec trois points de suture : puis on ouvre plus bas, et on évacue une très volumineuse collection de pus, presque un litre ou trois quarts de litre. On fait le drainage avec un drain en canon de fusil, et on rétrécit par le haut la plaie opératoire.

Le soir de l'opération, température : 38,8 : pouls : 135.

1^{er} décembre. — La température est revenue à la normale ; l'enfant va bien, tout paraît en bonne voie de guérison.

9 décembre. — La température remonte au-dessus de 38°.

10 décembre. — La température atteint 39°. La malade a eu un vomissement bilieux dans la journée ; pouls : 120 ; quelques coliques dans la partie sud-ombilicale de l'abdomen.

13 décembre. — Le matin, température 38° ; bonne nuit. A la palpation, on constate, dans la fosse iliaque droite, un empatement qui remonte à peu près à l'ombilic, donnant une fluctuation nette.

M. Nové-Josserand juge une deuxième intervention nécessaire.

Incision vers le bord externe du muscle grand droit ; ouverture d'une collection qui contient du pus franc, sans qu'on trouve aucune trace de matières intestinales ; avec ce pus il sort une quantité considérable de gaz. Drainage.

14 décembre. — Température, 37°5. La malade va très bien.

17 décembre. — Etat toujours très satisfaisant.

18 décembre. — La malade est constipée ; elle accuse quelques coliques.

Le 19 et les jours suivants, la constipation persiste malgré les lavements. D'autre part, après un essai d'alimentation solide, la malade se met à vomir ; les vomissements, d'abord porracés, persistent, pendant les jours suivants, abondants, à intervalles réguliers ; ils deviennent fécaloïdes le 24 décembre. Depuis le 21, aucune selle ni gaz. Pas de signes de péritonite ; le diaphragme joue bien ; on voit et on sent, par moments, une anse intestinale distendue avec mouvements péristaltiques. M. Nové-Josserand fait le diagnostic d'occlusion intestinale à siège élevé.

25 décembre. — Intervention: On ouvre la paroi abdominale par une incision pratiquée au-dessus de l'ombilic, sur une longueur de six ou sept centimètres. On trouve d'abord une anse grêle très distendue et, au-dessous, des anses grêles absolument aplaties. En cherchant les connexions, on voit que l'anse distendue est la première portion du jéjunum qui, au bout de 25 à 30 centimètres, s'enfonce dans un paquet d'anses intestinales agglomérées. Un essai de dégagement est inutile et dangereux; il y a, sur l'intestin, des adhérences et de petits noyaux blancs; les ganglions mésentériques sont engorgés. Etablissement d'une fistule intestinale sur la partie la plus reculée de l'anse distendue.

Rétablissement du cours des matières les jours suivants, mais survient la cachexie et l'enfant, emmenée chez elle, succombe le 4 janvier.

CHAPITRE II

Dans sa thèse, précédemment citée, M. Chofardet, étudiant les formes cliniques de la péritonite tuberculeuse, fait une part à la tuberculose aiguë du péritoine. Dans beaucoup de cas, dit-il, la péritonite tuberculeuse aiguë peut passer, pour ainsi dire, inaperçue, ou, tout au moins, elle est reléguée au second plan et ne constitue guère qu'un symptôme d'une granulie aiguë, une complication de tuberculose chronique. Lorsqu'il n'y a pas de manifestations tuberculeuses antérieures, que le sujet ait été sain jusque là ou qu'il soit resté porteur d'un foyer latent de bacillose, le début est marqué par de la fièvre, de la courbature, de l'abattement avec céphalalgie ; la température a des oscillations très irrégulières ; le ventre se ballonne et devient

douloureux; on note de l'hyperesthésie cutanée et, enfin, le malade maigrit très rapidement.

Cette forme de tuberculose évolue vite et entraîne la mort en quelques semaines, à moins que la transformation en tuberculose chronique ait lieu, mais cela est tout à fait exceptionnel.

Il est une autre variété de péritonite tuberculeuse citée encore par M. Chofardet, c'est celle qui a été observée par Louis, par Godelier, par Empis, et dont Fernet a précisé les caractères cliniques : c'est la tuberculose pleuro-péritonéale sub-aiguë. La fièvre, la céphalée, les malaises suivis d'amaigrissement ouvrent la scène, mais la prostration est moins grande que dans la forme précédente, et les symptômes moins accusés. Les signes généraux diminuent et les signes abdominaux s'accroissent; l'abdomen est météorisé, douloureux, rempli par de l'ascite; les vomissements et la constipation sont la règle. Bientôt une pleurésie uni ou bi-latérale, avec épanchement modéré, fait son apparition. Bien que la mort puisse survenir en un mois, le passage à l'état chronique et même la guérison sont beaucoup plus fréquents.

Dans la forme qui nous occupe, les symptômes sont tout autres: le sujet présente brusquement et en pleine santé apparente, les symptômes essentiels de l'appendicite aiguë. Parfois les signes sont ceux d'une péritonite aiguë généralisée, sans localisation, dans la fosse iliaque droite, autres que la prédominance de la douleur. Dans d'autres cas, les symptômes ont été ceux d'une péritonite loca-

lisée, donnant lieu à des sensations d'empâtement dans la fosse iliaque droite. Nous aurons donc à étudier deux formes de péritonite tuberculeuse à forme d'appendicite : l'une généralisée, l'autre localisée à la fosse iliaque droite, suppurée ou non. Nous tenterons ensuite l'étude anatomique de la maladie, et étudierons les diverses variétés de tuberculose péritonéale trouvées à l'opération ou à l'autopsie. Enfin, dans un 3^e paragraphe, nous étudierons les différentes localisations des lésions et, suivant qu'il y aura, ou non, des lésions de l'appendice, nous essaierons de discuter la fréquence de l'appendicite tuberculeuse proprement dite, ou de chercher comment peut s'expliquer la prédominance des symptômes à droite.

I. — Etude Clinique

1^o LES SYMPTOMES ONT ÉTÉ CEUX D'UNE PÉRITONITE AIGUE GÉNÉRALISÉE SANS LOCALISATIONS DANS LA FOSSE ILIAQUE DROITE AUTRES QUE LA PRÉDOMINANCE DE LA DOULEUR.

Le malade ressent soudainement une forte douleur au niveau de la fosse iliaque droite ; cette douleur est accompagnée de vomissements, de température ; le facies est grippé, le pouls est petit ; en un

mot l'état général est grave d'emblée, le sujet présente tous les signes non douteux d'une péritonite aiguë ou suraiguë. On examine le malade et, au palper de l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal du côté de la région où siège la douleur, si ce n'est que cette douleur est exaspérée par la pression ; mais, pas d'empâtement, pas même de matité ou de diminution de la sonorité à ce niveau.

Nous croyons que ces cas sont très rares, et n'en pouvons citer comme type que l'observation I, où le chirurgien dit n'avoir pas perçu le moindre empâtement dans la fosse iliaque droite, malgré la douleur vive et à début brusque accusée par le malade, à cet endroit. Dans l'observation II, la présence de ce signe objectif, pour n'être point si formellement niée, semble néanmoins faire défaut : il y est dit en effet que la résistance dans la fosse iliaque droite n'est pas marquée au point de simuler un plastron.

De ceci, nous devons conclure que cette variété de la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite est très rare, puisque, sur les 19 observations que nous avons pu réunir, nous n'en pouvons citer, somme toute, qu'un cas très net. Cette absence de localisation perceptible au palper semble plaider en faveur d'une péritonite généralisée, ce qui justifie cette première division que nous faisons dans l'étude clinique de l'affection.

2° LES SYMPTOMES ONT ÉTÉ CEUX D'UNE PÉRITONITE
LOCALISÉE.

Dans ce cas qui serait de beaucoup le plus fréquent, puisque nous l'observons dans la majorité de nos observations, le sujet présente les mêmes signes péritonéaux que tout à l'heure, avec cette différence que, cette fois, on constate au palper quelque chose d'anormal au niveau de la fosse iliaque droite. Tantôt il s'agit d'une simple diminution de la sonorité ou d'une zone de matité, de dimensions variables, tantôt et c'est, croyons-nous, le cas le plus fréquent, le palper donne la sensation d'une tumeur plus ou moins nettement percue et de volume variable, et même d'un véritable empâtement en dos d'âne, occupant toute la région de l'arcade crurale à la partie supérieure de la fosse iliaque (observation XV). Dans les cas que nous venons d'énumérer, les symptômes sont ceux d'une péritonite, non plus généralisée, mais plus ou moins nettement localisée au niveau de la fosse iliaque droite, et ici encore, une division s'impose.

A. — *Forme non suppurée.*

En effet, dans beaucoup de ces cas, la palpation dénote bien un empâtement plus ou moins net, une tuméfaction plus ou moins circonscrite; la recherche de la fluctuation peut bien, à l'occasion, indiquer la

présence d'une quantité plus ou moins considérable de liquide. Sous ces signes seront l'indice des différentes formes anatomo-pathologiques de la péritonite tuberculeuse, ascitique, fibro-caséeuse, mais ils n'auront pas pour aboutissant la formation d'une collection purulente. Nous aurons donc affaire à une première forme non suppurée.

B. — *Forme suppurée.*

Tout autre est le cas de l'observation XIX, communiquée par M. Nové-Josserand,

L'histoire de cette malade peut se résumer ainsi : début brusque avec symptômes faisant penser de suite à l'appendicite. Evolution anormale dans les premiers jours, en ce que la température est vite revenue autour de 38°, et surtout en raison du défaut de fixité de l'empâtement péritonéal qui apparaissait et disparaissait presque brusquement, s'étendant, tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche. Il s'agissait bien, cependant, d'un exsudat péritonéal et non d'une distension des anses intestinales, qui eût donné des signes objectifs très différents. Cependant, au bout de dix jours, l'empâtement se précise cette fois, et augmente rapidement en même temps que la température s'élève. Malgré sa localisation un peu anormale, puisqu'il était médian, débordant un peu à gauche et à droite, le diagnostic d'appendicite avec gros abcès enkysté ne paraissait pas douteux, d'autant plus qu'au cours de cette intervention, le grand péritoine ayant été ouvert

avait paru sain. Après quatorze jours d'apyrexie et d'état satisfaisant, une nouvelle collection se forme, toujours avec coliques, fièvre, vomissement ; cette récurrence cadrerait avec bien avec ce qui s'observe assez souvent dans l'appendicite, d'autant plus qu'aucun symptôme du côté du reste du ventre, aucune particularité du pus ne pouvaient faire penser à la tuberculose. Cependant, au bout de six jours apparaissaient des signes d'occlusion intestinale qui, rapidement, s'aggravaient. La laparotomie montre une péritonite tuberculeuse caractérisée par l'exsudat et les fausses membranes qui tapissent la surface de l'intestin, dont la plus grande partie est, d'ailleurs, englobée dans une masse inextricable ne permettant aucune manœuvre vraiment utile. Du coup, tout le passé s'éclaire et il est bien certain que les deux collections suppurées n'ont été que les deux premières étapes d'une infection tuberculeuse progressive du péritoine.

Il s'agit donc bien, ici, d'une forme suppurée, puisque nous sommes en présence d'une collection nettement purulente ; c'est là, croyons-nous, un fait exceptionnel, puisque, dans toutes nos recherches bibliographiques et hospitalières, nous n'avons pu trouver d'autre cas semblable, mais celui que nous publions est trop typique pour être passé sous silence, et il doit, à notre avis, faire l'objet d'une division à part.

II. — Etude anatomique

Nous allons maintenant examiner les différentes variétés de tuberculose péritonéale trouvées au cours de l'opération, ou à l'autopsie, et étudier ensuite les localisations de ces lésions.

Dans la forme de péritonite tuberculeuse que nous étudions, nous trouvons, isolées ou combinées, les trois lésions-type de la péritonite tuberculeuse en général :

Granulations miliaires avec ou sans épanchement ;

Forme caséeuse ;

Forme fibreuse.

A vrai dire, sauf pour le cas rapporté par M. Moizard dans le *Journal des Praticiens* du 7 août 1900, nous avons trouvé, dans toutes nos observations, ces trois lésions plus ou moins associées, ce qui semble prouver qu'il s'agissait d'un processus chronique, jusque-là latent, subissant sous certaines influences une poussée aiguë et faisant tout à coup acte de présence par l'apparition plus ou moins brusque de symptômes aigus. Dans certains cas toutefois, il n'y a pas d'épanchement manifeste.

D'une façon générale, les parois de l'abdomen sont

congestionnées et épaissies; les viscères adhèrent entre eux et à la paroi; ils sont eux-mêmes plus ou moins altérés, le grand épiploon est lardacé et rempli de tubercules; parfois ces adhérences limitent des loges cloisonnées, à contenu séreux ou même séropurulent. Dans certains cas, les lésions peuvent être transformées par la prolifération fibreuse; entravées alors dans leur évolution, elles peuvent régresser. C'est là un processus de guérison, mais il se fait au prix d'une sclérose qui va déformer les viscères et particulièrement l'intestin; celui-ci sera rétréci, anormalement fixé par des adhérences, et n'ayant plus sa mobilité normale, il se contractera mal, se laissera obstruer par les matières, s'étranglera sur une bride fibreuse!

Dans les cas où la péritonite tuberculeuse est nettement localisée, elle apparaît autour du cœcum ou sur le péritoine pelvien; ces formes localisées n'ont de spécial que leur distribution topographique.

Nous devons ajouter qu'on trouve généralement aussi un épanchement de liquide dans l'abdomen.

Lorsque les adhérences ont limité un foyer, la nature tuberculeuse n'apparaît pas toujours, même au moment de l'intervention; Jalaguier (Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus), montre qu'à côté des cas où on tombe sur un foyer caséeux caractéristique, il en est d'autres où la nature tuberculeuse n'est démontrée que par l'évolution ultérieure de la lésion, apparition d'une fistule stercorale par exemple. Dans une discussion à ce sujet, M. Walther (Séance de la Société de Chirurgie du 30 novembre

1898) rappelle que l'on peut trouver dans un péritoine enflammé des granulations qui ne relèvent pas de la tuberculose. Chez un malade trouvé porteur de semblables granulations, l'examen histologique fait par M. Letulle ne décèle aucune lésion tuberculeuse, mais seulement des lésions d'inflammation simple.

D'une façon générale cependant, les lésions tuberculeuses sont évidentes à l'examen macroscopique; du reste, dans bon nombre de nos observations, la nature bacillaire a été prouvée par l'étude histologique.

LOCALISATION DES LÉSIONS.

Dans un certain nombre de cas, les granulations miliaires, non seulement sont disséminées sur le péritoine pariétal, le cœcum, mais encore sur l'appendice; de plus, celui-ci a subi de profondes altérations. Tel est, par exemple, le cas du petit malade de M. Moizard: « L'appendice, dit cet auteur, fut enlevé; il était évidemment malade et avait la forme d'un battant de cloche, la partie voisine du cœcum étant de forme et de calibre normal, l'autre, renflée en massue, rouge, et présentant à sa surface quelques granulations tuberculeuses. Il n'y avait pas d'occlusion de la cavité appendiculaire...; la muqueuse était épaissie, tomenteuse, présentant quelques ulcérations.... A l'examen histologique, les coupes de l'appendice, faites en deux points différents, ont montré de très nombreux follicules tuberculeux avec

de nombreuses cellules géantes. Certains follicules avaient, au centre, un noyau caséeux... »

Cette observation nous démontre bien l'existence des lésions tuberculeuses de l'appendice. Sans doute, on peut voir des appendicites communes chez des tuberculeux, même chez des tuberculeux atteints de péritonite tuberculeuse. M. Moizard en cite deux cas, M. Cathelin en apporte cinq observations dans la *Presse médicale* du 21 juin 1899, mais, dans les cas qui nous occupent, par la citation que nous venons de faire, la lésion de l'appendicite tuberculeuse n'en reste pas moins démontrée.

Dans les formes de péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite existe-t-il des cas où l'appendice est sain et, par conséquent, hors de cause? Outre que, dans les cas ordinaires et pour des raisons de prudence opératoire, l'appendice n'est pas recherché et qu'on le rencontre même assez rarement, nous ne pourrions répondre par l'affirmative. Sans doute, dans certaines observations, il est dit que l'appendice a été reconnu entièrement sain; dans le cas de M. Routier, que nous rapportons, on parle d'un appendice libre, non malade; l'observation IX, du malade de M. Martel, est encore plus explicite à ce sujet; à l'autopsie, l'appendice est absolument normal et, à son niveau, aucune trace d'inflammation ancienne ou récente. Mais, dans tous ces cas, l'examen histologique ne semble pas avoir été pratiqué et, du fait qu'on n'a pas constaté de graves lésions visibles à l'œil nu, est-il prouvé que l'organe ne

présentait pas de lésions histologiques? Est-ce à dire, au contraire que, dans toute péritonite tuberculeuse ayant le début aigu de l'appendicite, on doit trouver forcément des lésions appendiculaires, du moins microscopiques? Nous posons la question sans la résoudre, tout en croyant, cependant, que la lésion de l'appendice n'est pas nécessaire pour produire cet ensemble de symptômes aigus localisés à droite:

S'il en était ainsi, comment pourrait-on alors expliquer cette prédominance de symptômes à droite? MM. R. Tripier et Paviot, dans un travail publié tout récemment, ont éclairé d'un jour tout nouveau la pathogénie de l'appendicite, en tant que symptômes, et démontrent, par l'énumération d'un fait indéniable, qu'une inflammation suppurée de l'appendice peut présenter le plus haut point d'infection par cavité close, admis par M. Dieulafoy, sans donner lieu à aucune crise appendiculaire. « Nous nous croyons en droit, ajoutent ces auteurs, de dire que la crise appendiculaire ne peut être expliquée, ni par l'intervention d'un calcul ou d'un corps étranger, ni par un rétrécissement ou une oblitération de l'appendice de quelque nature qu'ils soient, ni même par les phénomènes infectieux dont ces lésions peuvent être le point de départ ».

Mais alors, quelles lésions doit-on incriminer dans la production des crises appendiculaires? MM. Tripier et Paviot accusent la péritonite. « La péritonite, disent-ils, est si bien la cause de la crise appen-

diculaire, qu'à elle seule, sans lésion pariétale antérieure, elle peut déterminer cette crise », et ils citent, à cet effet, l'observation de M. Quénu, que nous publions, et où il s'agit d'une enfant de douze ans qui fut prise brusquement d'accidents rapportés, par M. Hutinel, à une appendicite aiguë, alors que la laparotomie montra du liquide et des granulations tuberculeuses. De ce fait, MM. Tripier et Paviot concluent : « Puisque la péritonite seule peut produire une crise appendiculaire, il est à présumer que tout foyer inflammatoire, sur un point de la cavité abdominale, donnant lieu à de la péritonite susceptible de s'étendre jusqu'à la région iléo-cœcale, pourra engendrer une crise semblable à celle qui a pour origine une lésion de l'appendice ». Plus loin, ces deux auteurs ajoutent : « Toute crise appendiculaire correspond à une inflammation du péritoine, c'est-à-dire à une péri-appendicite. Celle-ci survient, le plus souvent, par suite de lésions initiales de l'appendice, de cause générale ou locale, plutôt générale. Cette péri-appendicite peut être aussi quelquefois primitive, la péritonite étant d'emblée généralisée ou propagée d'un organe voisin. » Cette théorie, très séduisante et très sérieuse, puisqu'elle s'appuie sur des faits certains, indiquant la péritonite comme cause de la crise appendiculaire, expliquerait fort bien les symptômes d'appendicite dans les cas de péritonite tuberculeuse où l'appendice serait entièrement sain (ce qui, malheureusement, n'a pu être vérifié histologiquement pour nos observations), et nous croyons que, dans ces cas, la localisation des

lésions au cœcum ou à la dernière portion de l'intestin grêle, de même que, parfois, l'existence d'une bride à ce niveau, suffiraient à expliquer la prédominance des symptômes à droite.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Peut-on faire le diagnostic entre la péritonite tuberculeuse simulant l'appendicite et cette dernière affection ? Existe-t-il des signes permettant de distinguer la pseudo-appendicite tuberculeuse de l'appendicite vraie ?

Cette question a été étudiée par les auteurs qui se sont occupés de la question et que nous avons déjà cités.

Au cours de la discussion sur la péritonite tuberculeuse, à la séance de la Société de Chirurgie du 30 novembre 1898, M. Broca dit : « J'ai souvenir d'avoir commis une fois, sans réserve, l'erreur entre une péritonite tuberculeuse et une appendicite », et il ajoute, autre part : « L'erreur, sans doute, peut

être évitée assez souvent, quand on a bien l'habitude de l'appendicite. Ainsi, le 24 mars 1893, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Trousseau, pour un enfant de huit ans, chez lequel existaient, depuis sept jours, des accidents péritonéaux, à début brusque, avec alternatives de diarrhée et de constipation. L'interne de garde avait cru à de l'appendicite, mais je ne trouvai rien de gros dans la fosse iliaque, le météorisme rendant, d'ailleurs, l'exploration peu nette; la douleur à la pression était diffuse et, en raison d'accidents abdominaux assez accusés (deux ans de date), avec augmentation de volume du ventre, je conclus à une péritonite tuberculeuse. Un doute étant permis, j'incisai sur la fosse iliaque; l'appendice était sain et je trouvai, vers l'ombilic et à gauche, des nodosités et des adhérences. Réunion sans lavage, ni drainage... Dans le doute, ajoute M. Broca, même dans ce dernier cas où le diagnostic était presque ferme, j'ai opéré, pour être bien sûr de ne pas méconnaître une appendicite, car l'erreur inverse de celle que nous venons d'étudier existe, et je n'ai pas besoin de vous dire combien elle est préjudiciable. Il y a douze ans, j'ai vu mourir, sous l'étiquette de péritonite tuberculeuse, un garçonnet dont maintenant, quand je me remémore son histoire, j'attribue la mort à une appendicite. Là, je ne suis en rien responsable de l'erreur de diagnostic; mais, en 1889, je l'ai commise pour mon propre compte et, trop tardivement, j'ai incisé. Il faut donc retenir qu'il y a des appendicites à très gros foyer, qui marchent très lentement et qui simulent la tuberculose et,

quelquefois, on reste dans le doute jusqu'au bout. Il y a quelques mois, j'ai ouvert, dans la fosse iliaque gauche, un énorme abcès à pus d'aspect appendiculaire, chez un enfant qu'on avait, pendant quatre mois, soigné pour une péritonite tuberculeuse, d'ailleurs bizarre. En trois mois, l'enfant est mort cachectique et, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, je me déclare incapable de trancher le diagnostic ».

M. Moizard a montré qu'il est souvent possible, sinon de porter un diagnostic ferme et résolu quant à la nature de l'affection, tout au moins de faire des réserves en se basant sur certains symptômes et sur certains détails qui ont leur importance; toutefois, il ajoute : « Quand tous les symptômes de l'appendicite sont ainsi réunis, l'erreur est inévitable; l'analyse la plus fine, la plus minutieuse des symptômes, ne peut la conjurer. Dans l'un et l'autre cas, le tableau est identique ». Toujours d'après M. Moizard, le fait d'une manifestation tuberculeuse plus ou moins ancienne est un argument important en faveur de la péritonite tuberculeuse, et il cite, comme preuve à l'appui, le cas de son petit malade, qui aurait eu une pleurésie un an avant l'apparition des accidents abdominaux. « Pourtant, ajoute-t-il, même cette notion d'une manifestation tuberculeuse antérieure n'a pas une valeur absolue, au point de vue du diagnostic; un tuberculeux peut parfaitement avoir une appendicite qui n'a rien de bacillaire ».

De notre côté, en vue de la possibilité d'un diagnostic entre les deux affections, nous nous sommes

proposé de passer en revue et d'analyser les différents symptômes des cas que nous publions.

1^o ANTÉCÉDENTS ET MODE DE DÉBUT.

La question des antécédents héréditaires n'a pas beaucoup d'importance, puisque la tuberculose chez les ascendants n'est signalée qu'une seule fois nettement, dans nos observations.

La question des antécédents personnels doit être envisagée avec plus d'attention. Nous n'avons trouvé que très rarement la baccillose dans les antécédents personnels des malades, mais plusieurs d'entre eux ont présenté un ensemble de troubles, précédant de quelques jours à plusieurs mois le début soudain des phénomènes aigus. L'un d'eux accuse un passé de coliques et de troubles intestinaux; tel autre présente depuis six mois une diarrhée abondante, venant par intermittence, et mise par la malade sur le compte d'un refroidissement. Dans un troisièmecas, l'enfant s'est beaucoup affaibli; depuis deux mois il ne peut plus courir, et il doit se reposer fréquemment à la moindre fatigue. Dans d'autres cas, les antécédents sont absolument négatifs, les symptômes débutent brusquement, mais sans être précédés d'aucune manifestation morbide.

2^o EVOLUTION CLINIQUE.

Ordinairement, comme dans l'appendicite vraie, on perçoit un empâtement occupant plus ou moins la surface de la fosse iliaque droite, tout au moins une zone de matité remplaçant la sonorité normale à ce niveau; pourtant, dans quelques cas, il est impossible de trouver le moindre empatement de toute la région, le palper à ce niveau ne fait qu'y exaspérer la douleur.

Cette douleur, comme celle de l'appendicite, a son maximum au point de Mac-Burney; assez souvent toutefois elle ne siège pas nettement à ce niveau, mais se déplace ou s'irradie tout autour.

Dans nombre de nos cas, la diarrhée remplace la constipation; c'est là un fait assez fréquent au cours de l'appendicite.

La température est intéressante à étudier dans les faits qui nous occupent : à côté de cas où la fièvre monte brusquement à 40°, il en est d'autres où il y a, sinon apyrexie complète, du moins une élévation thermique de faible ascension. En général, le pouls est faible, petit, parfois même à peine perceptible.

Que devons-nous conclure de cette brève analyse? Devons-nous dire, avec M. Guillemare, qu'il est impossible de reconnaître la tuberculose péritonéale dans ses formes anormales? Ce serait, croyons-nous, exagéré. S'il est des cas où le diagnostic est impossible, nous pensons que l'erreur

peut être quelquefois limitée, surtout, comme le dit M. Broca, lorsqu'on a l'habitude de l'appendicite. C'est aussi l'avis de M. Moizard, et il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ces deux auteurs apportent des faits précis à l'appui de leur affirmation.

Tout en admettant des exceptions, nous sommes pleinement de l'avis de M. Chofardet qui prétend que la douleur est généralement moins violente et moins brutale que celle de l'appendicite vraie; elle est souvent plus diffuse et moins exactement localisée au point de Mac-Burney, Par contre (nous parlons toujours ici d'une façon générale), le météorisme abdominal est plus accusé que dans l'appendicite; on peut ne sentir ni grosseur ni tuméfaction nette dans la fosse iliaque droite, ou bien, comme dans l'observation de M. Moizard et dans certaines des nôtres, l'empâtement dû au gâteau péritonéal est plus diffus, et siège aussi bien du côté gauche que du côté droit.

Enfin on ne devra jamais négliger de faire l'examen minutieux et complet du malade, on recherchera en particulier, l'existence d'autres lésions tuberculeuses, foyers pulmonaires, adénopathie bronchique, tuberculoses locales diverses. Il faudra s'enquérir, enfin, des antécédents héréditaires qui, dans une certaine mesure, pourront mettre sur la voie du diagnostic. Il est certain que l'appendicite peut éclater chez un tuberculeux avéré, mais l'existence d'autres lésions bacillaires n'en restera pas

moins d'une puissante présomption pour le diagnostic.

Un dernier moyen de diagnostic existe encore, celui-là généralement définitif : c'est l'incision exploratrice. C'est ainsi que, dans un cas où il avait posé à peu près nettement le diagnostic de péritonite tuberculeuse, M. Broca n'hésita pas néanmoins à faire la laparotomie ; il put ainsi, tout à la fois, confirmer son opinion et guérir son malade.

En résumé, nous devons tirer cette double conclusion :

1^o Il existe des cas où la péritonite tuberculeuse et l'appendicite ont des symptômes absolument identiques ; la confusion est certaine et même inévitable (Obs. XIII et XIX).

2^o Parfois certaines anomalies (antécédents personnels, apyrexie, signes fournis à la palpation, etc.) peuvent faire soupçonner la nature tuberculeuse, mais les anomalies n'étant pas rares dans le cours de l'appendicite (diarrhée, évolution subaiguë, défaut de netteté des symptômes locaux, etc.), il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science médicale, de faire autre chose que des réserves dans le diagnostic et le pronostic.

Pronostic et Traitement.

Le pronostic de ces formes de péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite est actuellement difficile à préciser, vu le nombre restreint des observations connues. Il s'agit, là, de lésions graves, très exceptionnellement susceptibles de guérir spontanément par transformation fibreuse. La résistance du sujet à l'infection sera d'autant plus grande que celle-ci se trouvera mieux localisée et que l'état général sera plus satisfaisant.

M. Guillemare, étudiant la terminaison de la péritonite tuberculeuse à forme d'appendicite, pose cette question : « Cette variété de péritonite tuberculeuse peut-elle guérir? » Et il répond : « Quelquefois, disent les auteurs, mais combien exceptionnellement nous montrent les statistiques ». « Dans ces cas, ajoute-t-il, on voit la diarrhée succéder à la constipation et déterminer des évacuations abondantes suivies de diminution de l'ascite; la fièvre disparaît, l'état général s'améliore. Le tubercule subit la transformation scléreuse. Après quelques exacerbations qui correspondent souvent à une poussée nouvelle, le malade finit par retrouver son équilibre, mais, le plus souvent, il demeure sensible du ventre; si la plupart des tubercules disparaissent par

processus scléreux, un certain nombre continuent à évoluer et à marcher vers la caséification et l'ulcération : la péritonite tuberculeuse passe à l'état chronique ». « Enfin, dit, en terminant, M. Guillemare, la mort termine la scène pathologique ; elle survient de la sixième à la septième semaine, du fait de la cachexie. Elle peut être aussi déterminée par une paralysie complète de l'intestin, ou bien encore par une phlegmasie pulmonaire, sans que, pourtant, il y ait des tubercules dans le poumon ».

Mais le point essentiel, et ce qu'il importe avant tout, c'est d'examiner quel est le pronostic dans les cas où l'intervention a été faite, afin de pouvoir calculer, du moins approximativement, les chances de guérison.

Sur les douze observations de péritonite tuberculeuse ayant simulé l'appendicite, publiées dans la thèse de M. Chofardet, la mort est survenue, dans trois cas, malgré l'intervention du chirurgien et, sur les neuf malades qui guérissent, il en est un qui n'avait pas subi d'opération. M. Chofardet en conclut à l'utilité de la chirurgie dans le traitement de cette variété de péritonite tuberculeuse.

Sur nos dix-neuf observations, dont plusieurs ont déjà paru dans la thèse de M. Chofardet, nous relevons huit cas de mort, plus ou moins rapide, dont l'un également survenu sans opération et sept cas de guérison, dont l'un également survenu sans opération. Les quatre autres observations n'indiquent pas quelle a été la terminaison de la maladie.

Il est évident que, pour donner des notions défini-

tives au point de vue pronostic, il faudrait tabler sur un plus grand nombre de faits. Nous dirons donc simplement, avec M. Chofardet, que ces péritonites bacillaires sont graves, qu'elles sont généralement mortelles, bien que la guérison spontanée ait été observée et qu'enfin la laparotomie rend le pronostic moins sombre.

Sans doute le traitement médical et la temporisation sont acceptables dans certains cas, et constituent même quelquefois l'*ultima ratio*. M. Moizard rapporte un fait qui le prouve, et l'histoire de cette malade de l'observation VIII, que M. Gangolphe refusa d'opérer en est encore une preuve à l'appui. Néanmoins on peut poser en principe que la laparotomie est justifiée dans la majorité des cas et doit être pratiquée toutes les fois qu'un doute plane sur le diagnostic (Broca).

Nous ne nous arrêterons pas au manuel opératoire de la laparotomie, il n'est plus à préciser aujourd'hui, et nous renvoyons le lecteur à l'excellente description qu'en a faite M. Guillemare. Toutefois, certaines observations nous paraissent nécessaires.

M. Championnière, à qui nous devons trois de nos observations, à bien voulu, en même temps communiquer les remarques suivantes : « De ces observations, dit-il, j'ai tiré cette conclusion que l'on peut être trompé par la tuberculose péritonéale, occupant la fosse iliaque droite ; mais je crois aussi que, dans ces cas, il n'y a pas de crainte à avoir pour l'intervention, parce que, même dans des conditions

en apparence détestables, elle aboutit à une amélioration du sujet. Toutefois, il y a lieu de le faire avec des précautions particulières, pour éviter d'ouvrir le cœcum et le côlon, ce qui serait très facile et très grave à la fois. Dans le cas douteux, il y a lieu de rapprocher l'incision de la ligne médiane et de la faire très grande, très longue, de façon à pouvoir manœuvrer aisément autour de l'intestin. Je pense que, dans ces cas, la recherche trop opiniâtre de l'appendice aurait des inconvénients sérieux... En somme, je crois que l'erreur de diagnostic sera souvent fatale ; heureusement l'expérience montre que l'intervention est plutôt satisfaisante, en pareil cas, comme dans la péritonite tuberculeuse d'une manière générale. »

C'est là aussi l'opinion de notre maître, M. Nové-Josserand, qui conseille de prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter la blessure de l'intestin qui pourrait être adhérent à la paroi, et se présenter sous le bistouri ; il n'est pas non plus partisan de la recherche de l'appendice.

Cette manière de faire est justifiée par les bons résultats donnés par la laparotomie dans ces formes aiguës de la péritonite tuberculeuse.

CONCLUSIONS

1. Il existe des cas où la péritonite tuberculeuse simule, à s'y méprendre, une attaque d'appendicite aiguë.

2. Cette forme de péritonite tuberculeuse peut se présenter sous trois aspects cliniques et anatomo-pathologiques :

- a) Péritonite généralisée diffuse.
- b) — localisée avec plastron.
- c) — localisée avec abcès circonscrit.

3. Dans certains cas, le diagnostic est impossible entre cette pseudo-appendicite et la véritable appendicite.

4. Dans d'autres cas, l'erreur peut être écartée en étudiant les symptômes et la marche de l'affection ; donc, se méfier de toute appendicite non franchement classique.

5. Cette forme de bacillose péritonéale est souvent mortelle ; toutefois, le traitement chirurgical en améliore notablement le pronostic.

D'une façon générale, dans les cas où on se mêle, rapprocher l'incision de la ligne médiane, et la faire suffisamment grande, pour éviter la blessure de l'intestin, lequel pourrait être adhérent à la paroi et se présenter sous le bistouri.

Vu :

Le Président de la Thèse,

POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 mai 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BENOIT. — *Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1898.
BROCA. — *Soc. de Chirurgie*, 30 novembre 1898.
BRUN. — *Soc. de Chirurgie*, 23 novembre 1898.
CATHELIN. — *Presse Médicale*, 21 juin 1899.
CHOFARDET. — Thèse Paris, 3 novembre 1900.
EMPIS. — De la granulie, Paris, 1865.
FERNET. — De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë,
Soc. Méd. des Hôpitaux, 30 février 1884.
GUILLEMARE. — Thèse Paris, 1898.
JALAGUIER. — Articles : Péritonite et Appendicite, *Traité de
Chirurgie de Duplay et Reclus*, tome VI.
LEJARS. — *Soc. de Chirurgie*, 15 juin 1898.
MAUCLAIRE. — *Bulletin Médical*, 1899.
MOIZARD. — *Journal de Méd. et Chir.*, 10 juillet 1899. —
Journal des Praticiens, 7 août 1899.
PSALTOFF. — *Gazette des Hôpitaux*, 1898, page 986.
QUÉNU. — *Soc. Chir.*, 23 nov. 1898. — *Soc. Chir.*, 30 nov. 1898.
ROUTIER. — *Soc. Chir.*, 15 juin 1898.

R. TRIPIER et J. PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire (Extrait des *Archives générales de Médecine*, juillet 1899).

WALTHER. — *Soc. Chir.*, 30 novembre 1898.
